IX kadencja

SEJM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

KANCELARIA SEJMU
Biuro Komisji Sejmowych

PEŁNY ZAPIS PRZEBIEGU POSIEDZENIA

■ **Komisji Polityki Senioralnej**
(nr 4)
z dnia 22 stycznia 2020 r.

Pełny zapis przebiegu posiedzenia

Komisji Polityki Senioralnej (nr 4)

22 stycznia 2020 r.

Komisja Polityki Senioralnej, obradująca pod przewodnictwem poseł **Joanny Borowiak (PiS)**, przewodniczącej Komisji, zrealizowała następujący program:

– rozpatrzenie informacji Najwyższej Izby Kontroli na temat zapewnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej;

– rozpatrzenie informacji ministra zdrowia na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej;

– powołanie stałych doradców Komisji.

W posiedzeniu wzięli udział: **Józefa Szczurek-Żelazko** sekretarz stanu Ministerstwa Zdrowia wraz ze współpracownikami, **Lidia Ułanowska** dyrektor Departamentu Polityki Senioralnej Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, **Tomasz Sobecki** p.o. dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Bydgoszczy wraz ze współpracownikami, **Elżbieta Ostrowska** przewodnicząca zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów, **prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis** pracownik naukowy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, **dr Alicja Kaczorowska** specjalista medycyny paliatywnej, **Paweł Kominiak** kierownik Oddziału Zdrowia Publicznego w Wydziale Zdrowia – Kujawsko-Pomorskim Centrum Zdrowia Publicznego w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim w Bydgoszczy, **Jerzy Płókarz** prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej, **Grzegorz Błażewicz** zastępca rzecznika praw pacjenta, **Barbara Zych** ekspert Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej, **Barbara Zylm** przedstawiciel Stowarzyszenia MANKO, **Barbara Szafraniec** przewodnicząca Ogólnopolskiego Porozumienia o Współpracy Rad Seniorów oraz **Marek Bochowicz** przewodniczący Nowotarskiej Rady Seniorów.

W posiedzeniu wzięły udział pracownice Kancelarii Sejmu: **Brygida Śliwka** i **Małgorzata Adamczuk** – z sekretariatu Komisji w Biurze Komisji Sejmowych.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Szanowni państwo, witam państwa serdecznie. Otwieram posiedzenie Komisji Polityki Senioralnej. Stwierdzam kworum. Witam serdecznie zaproszonych gości. Witam panią Józefę Szczurek-Żelazko, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia, wraz z przedstawicielami MZ. Witam pana Tomasza Sobeckiego, dyrektora Delegatury Najwyższej Izby Kontroli w Bydgoszczy, wraz z przedstawicielami delegatury. Witam panią Krystynę Łakomską, kierownika sekcji w Departamencie Świadczeń Opieki Zdrowotnej Narodowego Funduszu Zdrowia. Witam pana Grzegorza Błażewicza, zastępcę rzecznika praw pacjenta, wraz z przedstawicielami pana rzecznika. Witam serdecznie pana Pawła Kominiaka, kierownika Oddziału Zdrowia Publicznego Wydziału Zdrowia w Kujawsko-Pomorskim Urzędzie Wojewódzkim. Witam panią Elżbietę Ostrowską, przewodniczącą zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów. Witam panią dr Annę Jakrzewską-Sawińską, wiceprezes Wielkopolskiego Stowarzyszenia Wolontariuszy Opieki Paliatywnej „Hospicjum Domowe". Witam panią Barbarę Zych, eksperta Krajowego Instytutu Gospodarki Senioralnej; panią Barbarę Zylm, reprezentującą stowarzyszenie MANKO i pismo „Głos Seniora", a także pana Jerzego Płókarza ze Sztabu Ratownictwa Medycznego. Witam również serdecznie wszystkich państwa posłów przybyłych na dzisiejsze posiedzenie Komisji oraz osoby rekomendowane na funkcje stałych doradców Komisji – panią prof. Katarzynę Wieczorowską-Tobis oraz panią dr Alicję Kaczorowską.

Szanowni państwo, wszyscy państwo otrzymali zawiadomienie o posiedzeniu Komisji oraz informację NIK o wynikach kontroli dotyczącej zapewnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej, a także materiał MZ w tej sprawie, w którym pan minister odnosi się do wyników kontroli. Czy są pytania do porządku dziennego? Nie słyszę pytań. A zatem stwierdzam przyjęcie porządku dziennego oraz protokołu poprzedniego posiedzenia Komisji.

Rozpoczynamy od pierwszego punktu dzisiejszego posiedzenia – informacji prezesa NIK na temat zapewnienia opieki paliatywnej i hospicyjnej. Bardzo proszę o zabranie głosu pana dyrektora Tomasza Sobeckiego.

P.o. dyrektora Delegatury NIK w Bydgoszczy Tomasz Sobecki:

Szanowna pani przewodnicząca, panie i panowie posłowie, pani minister, szanowni państwo. Opieka paliatywna to ważne wyzwanie społeczne. Ma ona na celu poprawę jakości życia chorego i jego bliskich zmagających się z postępującą, nieuleczalną chorobą. W ostatnich latach było nią objętych corocznie 90 tysięcy osób, na które NFZ ponosił nakłady w wysokości średnio 600 mln zł rocznie.

Medyczne środowisko paliatywne od lat postuluje wprowadzenie istotnych zmian w systemie tej opieki. NIK przeprowadziła kontrole, aby ustalić, czy zmiany te były wystarczające oraz czy zapewniono pacjentom konstytucyjne prawo do równego dostępu do świadczeń finansowanych ze środków publicznych w końcowym stadium chorób terminalnych. Kontrolę przeprowadzano od sierpnia 2018 r. do stycznia 2019 r., obejmując lata od 2015 r. do pierwszej połowy 2018 r. Koordynatorem kontroli była Delegatura NIK w Bydgoszczy, której przedstawiciele w osobach pani Oliwii Bar, doradcy prawnego, i pani Anny Kapelewskiej, koordynatora kontroli, zaprezentują państwu szczegółowe ustalenia tej kontroli. Bardzo proszę.

Doradca prawny Delegatury NIK w Bydgoszczy Oliwia Bar:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. Przeprowadzona przez nas kontrola, zainicjowana zresztą przez Komisję Polityki Senioralnej, wykazała, że konieczne jest podjęcie intensywnych działań zarówno na rzecz zwiększenia dostępności do świadczeń opieki paliatywnej, jak i usprawnienia jej funkcjonowania. Na początek jednak kilka słów wprowadzenia.

Świadczenia opieki paliatywnej i hospicyjnej (OPH) mogą być udzielane w pięciu formach. Różnią się one miejscem i zakresem udzielania świadczeń. Według naszych ustaleń dominują dwie formy – opieka domowa dla dorosłych oraz opieka stacjonarna. Stanowią one 99% wszystkich świadczeń OPH. W jej ramach pacjenci mają prawo do świadczeń lekarskich i pielęgniarskich, 24-godzinnego dostępu do lekarza i pielęgniarki, opieki psychologa, rehabilitacji, leczenia bólu, badań diagnostycznych, transportu sanitarnego oraz opieki wyręczającej. Za zorganizowanie systemu opieki paliatywnej odpowiedzialne są dwa podmioty – minister zdrowia oraz prezes NFZ. Skontrolowaliśmy oba. Poza tym kontrolą objęliśmy pięć oddziałów NFZ i w tych województwach wytypowaliśmy do kontroli po trzech świadczeniodawców. Dodatkowo uzyskaliśmy informację od 264 hospicjów nieobjętych kontrolą, co w większej skali potwierdziło niektóre stany stwierdzone w trakcie kontroli 15 świadczeniodawców.

Jak wcześniej wspomniałam, nasza kontrola wykazała, że konieczne jest podjęcie intensywnych działań, m.in. na rzecz zwiększenia dostępności do świadczeń opieki paliatywnej. W tej kluczowej kwestii stwierdziliśmy różne ograniczenia. Przede wszystkim określona przez ministra zdrowia w rozporządzeniu w sprawie OPH lista chorób kwalifikujących do świadczeń jest wąska. Obowiązujące przepisy umożliwiały dostęp do OPH głównie chorym na nowotwory, którzy stanowili blisko 90% pacjentów. Tymczasem Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że w Europie pacjenci z chorobami nienowotworowymi, potrzebujący opieki paliatywnej, stanowią 39% wszystkich potrzebujących. Mając to na uwadze, ustaliliśmy, że corocznie 45 tysięcy pacjentów umiera ze zdiagnozowanymi chorobami nienowotworowymi, np. cierpiący na niewydolność serca lub nerek. Choroby te nie uprawniają jak na razie do OPH, a dotyczą również pacjentów w zaawansowanej fazie nieuleczalnej choroby.

Na ograniczony dostęp do świadczeń opieki paliatywnej wpływ miało również to, że nie mogą być one finansowane przez NFZ ponad limit określony w kontrakcie, ponieważ przepisy przewidują taką możliwość jedynie w odniesieniu do świadczeń ratujących życie. Tymczasem świadczenia opieki paliatywnej mają szczególny charakter, gdyż nie są ukierunkowane na ratowanie życia, tylko na zapewnienie godnych warunków umierania, a limitowanie ich powoduje powstawanie kolejek do hospicjów i sprawia, że część pacjentów nie doczekuje się takiej pomocy. Zwracam państwa uwagę, że w okresie objętym kontrolą, w latach od 2015 r. do pierwszego półrocza 2018 r., o czym wspominał pan dyrektor, tylko w przypadku 10 skontrolowanych hospicjów zmarły 763 osoby oczekujące na przyjęcie do tych placówek. W tym kontekście chcemy zwrócić uwagę, że świadczenia paliatywne były planowane przy braku informacji o zapotrzebowaniu na taką opiekę, ponieważ w latach 2015–2019 hospicja stacjonarne i domowe nie miały obowiązku przysyłania raportów dotyczących kolejek pacjentów, którzy oczekiwali na przyjęcie.

W kontroli stwierdziliśmy również brak dostępu do perinatalnej opieki paliatywnej w sześciu województwach, spośród których w trzech (podlaskim, zachodniopomorskim i świętokrzyskim) w ogóle nie przeprowadzono konkursu, aby wyłonić świadczeniodawców. Dostępu do opieki paliatywnej nie mieli również pacjenci w zaawansowanym stadium choroby terminalnej, leczeni w szpitalach, ponieważ nie wprowadzono rozwiązań zapewniających funkcjonowanie w szpitalach zespołów lub konsultantów opieki paliatywnej. Takie rozwiązanie naszym zdaniem mogłoby również zmniejszyć finansowe obciążenia systemu zdrowia.

Istotnym ograniczeniem w dostępie do OPH był również sposób finansowania tych świadczeń, np. kontrola wykazała, że świadczeniodawcy udzielający świadczeń ponad limity określone w umowach byli traktowani niejednolicie. W części województw stosowano aneksy, proponując świadczeniodawcom 100% stawki kontraktowej, a w innych województwach zawierano ugody według różnej stawki procentowej ceny kontraktowej – najmniejsza wynosiła 42% ceny kontraktowej. I tyle otrzymywali świadczeniodawcy.

Wreszcie na dostęp do OPH wpływ miało również miejsce zamieszkania. Przeprowadzona przez nas analiza dostępności na podstawie liczby pacjentów przypadających na 10 tysięcy mieszkańców wykazała, że najlepszy dostęp do opieki paliatywnej i hospicyjnej mieli mieszkańcy województw kujawsko-pomorskiego i świętokrzyskiego, a najtrudniejszy, jak państwo widzą na wykresach, mazowieckiego, lubelskiego i podlaskiego. Różnica w liczbie pacjentów w poszczególnych województwach sięgała blisko 80%. Proszę zwrócić uwagę, że ze świadczeń korzystało ponad 30% mniej pacjentów z gmin wiejskich niż miejskich. Największe dysproporcje między mieszkańcami wsi i miast występowały w dostępie do opieki ambulatoryjnej. Średnia liczba pacjentów z miast, którym udzielono porady w poradni medycyny paliatywnej, była prawie dwukrotnie wyższa od średniej dla pacjentów z gmin wiejskich.

Wyniki kontroli wykazały również ograniczenia w rozwoju opieki paliatywnej i w poprawie jej funkcjonowania. Ustaliliśmy m.in., że odpowiedzialny za zorganizowanie systemu tej opieki minister zdrowia nie opracował strategii jej rozwoju, a takie nieokreślanie długofalowej polityki państwa w tym zakresie powoduje, że opieka ta rozwija się nierównomiernie. Zróżnicowana jest jakość świadczeń, a hospicja funkcjonują w stanie niepewności co do zasad działania w przyszłości. W naszej kontroli na problem braku wiedzy o strategii państwa dotyczącej tej opieki wskazywali konsultant krajowy w dziedzinie medycyny paliatywnej, 16 konsultantów wojewódzkich, a także prawie 200 hospicjów, od których uzyskaliśmy dodatkowe informacje. Minister zdrowia nie określił również standardów opieki paliatywnej jako wzorców postępowania, które pozwalają ujednolicić zasady sprawowania opieki oraz umożliwiają ocenę jej jakości i skuteczności. W tej sytuacji część świadczeniodawców spełniała jedynie minimalne wymogi, określone w rozporządzeniu w sprawie OPH.

Stwierdziliśmy, że problemem jest również nieskoordynowanie opieki paliatywnej z opieką długoterminową oraz z pomocą społeczną. W konsekwencji pacjenci bądź ich opiekunowie, aby skorzystać z pomocy oferowanej przez państwo, muszą sami występować do kilku podmiotów, oddzielnie do hospicjów, świadczeniodawców POZ i ośrodków pomocy społecznej. A należy pamiętać, że rozporządzenie w sprawie opieki paliatywnej

i hospicyjnej określa ją jako opiekę całościową, która ma na celu łagodzenie cierpień psychicznych, duchowych i właśnie socjalnych.

Obowiązujące przepisy nie wymagały od hospicjów opracowania indywidualnych planów opieki, rekomendowanych przez Radę Europy. Powinny być one tworzone przez zespół opieki paliatywnej wspólnie z chorym i jego rodziną oraz wyszczególniać ich potrzeby, a także zadania dla zajmujących się chorym. Naszym zdaniem wprowadzenie takiego planu zapewniłoby większą elastyczność opieki, która powinna odpowiadać na konkretne potrzeby i oczekiwania chorego oraz jego rodziny. Ustaliliśmy jednak, że tego rodzaju plany prowadziły z własnej inicjatywy 3 hospicja spośród 15 przez nas kontrolowanych, mimo że nie były do tego zobowiązane.

Minister nie skorzystał również z możliwości dodatkowego premiowania świadczeniodawców oferujących wyższą jakość usług. Procedura wyłaniania świadczeniodawców niewystarczająco nagradzała podmioty o wyższym potencjale, które oferowały pacjentom nieco więcej, niż gwarantują obowiązuję przepisy, czyli np. wsparcie socjalne czy liczniejszy personel.

Wyniki kontroli pokazały, że minimalny poziom zatrudnienia pielęgniarek, określony w rozporządzeniu w sprawie OPH, jest za niski w stosunku do potrzeb. Obecnie według rozporządzenia w opiece domowej na jeden etat pielęgniarki przypada 15 pacjentów dorosłych lub 12 dzieci, gdy np. według ekspertów w pediatrycznej opiece na jeden etat powinno przypadać 4 lub ewentualnie 6 pacjentów. Z naszych ustaleń wynikało również, że leczeniem bólu objęto 65% pacjentów, opieką psychologa średnio 44% pacjentów, z kolei konsultację rehabilitacyjną zapewniono tylko nieco więcej niż co trzeciemu uprawnionemu do tego pacjentowi. Badania diagnostyczne wykonano 40% pacjentów, ale najczęściej takim, którzy przebywali w hospicjach stacjonarnych, 40% pacjentów z hospicjów domowych skorzystało z możliwości wypożyczenia sprzętu medycznego. Jednocześnie 10 skontrolowanych hospicjów z własnej inicjatywy…

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo proszę państwa posłów o zachowanie ciszy, bo to przeszkadza.

Doradca prawny Delegatury NIK w Bydgoszczy Oliwia Bar:

Jednocześnie 10 skontrolowanych hospicjów z własnej inicjatywy wypożyczało bezpłatnie sprzęt, który nie był wymagany przepisami, np. materace przeciwodleżynowe czy łóżka ortopedyczne. Naszym zdaniem wskazuje to na potrzebę analizy aktualności wykazu sprzętu zawartego w rozporządzeniu w sprawie OPH.

No i wreszcie opieka wyręczająca dla opiekunów chorych. Zwracam uwagę, że zaoferowały ją zaledwie 2 z 15 hospicjów, skorzystało z niej raptem 7 z 8 opiekunów, którym ją zaproponowano.

Szanowni państwo, nieprawidłowości stwierdziliśmy również w udzielaniu świadczeń przez świadczeniodawców. Najistotniejsze z nich to niezapewnienie obecności wymaganego personelu. Licząc łączny czas opieki należnej chorym, ograniczono go tylko w odniesieniu do czterech miesięcy, które szczegółowo badaliśmy, o ponad 200 godzin w przypadku lekarzy, 250 godzin w przypadku psychologów, 70 godzin w przypadku fizjoterapeutów, 20 godzin w przypadku pielęgniarek. Stwierdziliśmy również przypadki udzielania świadczeń przez personel, który nie miał wymaganych kwalifikacji albo nie był zgłoszony do NFZ. W 4 hospicjach nie zachowano wymaganej częstotliwości wizyt i porad domowych. Ustaliliśmy, że w badanym okresie pacjentów pozbawiono 17 porad lekarskich oraz aż 400 wizyt pielęgniarskich.

W kontroli zwróciliśmy uwagę nie tylko na nieprawidłowości, ale również na przykłady dobrych praktyk stosowanych przez świadczeniodawców. Najczęściej świadczeniodawcy wykorzystywali potencjał wolontariatu, ale też, jak wspomniałam wcześniej, oferowali bezpłatnie wypożyczany sprzęt – inny niż wymagany przepisami, badali satysfakcję i jakość opieki za pomocą ankiet, stosowali indywidualne plany opieki, mimo że nie były one obowiązkowe. Zwracam też uwagę, że zaspokajali potrzeby na usługi fryzjera, kosmetyczki czy dietetyka.

Ustaliliśmy, że stosowanie tych dobrych praktyk było możliwe przede wszystkim dzięki dodatkowym środkom uzyskanym głównie z odpisu 1% podatków dla organizacji

pożytku publicznego. Należy zaznaczyć, że coroczne wzrosty nakładów NFZ na opiekę paliatywną – z 414 mln zł w 2015 r. do 668 mln zł w 2017 r. – nie zapewniały jednak pokrycia funkcjonowania 9 z 15 skontrolowanych przez nas hospicjów. Proszę zwrócić uwagę, że mimo znacznych podwyżek ceny kontraktowe za świadczenia OPH oferowane przez NFZ w wielu województwach wciąż nie osiągnęły taryf ogłoszonych w czerwcu 2016 r. przez Agencję Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji. Różnice w cenach jednostkowych się zmniejszały, niemniej między województwami sięgały od 33% w 2015 r. do 22% w 2018 r.

Podsumowując najistotniejsze kwestie, oceniliśmy, że system opieki paliatywnej i hospicyjnej nie zapewnia dostępu do odpowiedniej jakości świadczeń wszystkim pacjentom, którzy potrzebują takiej opieki. Ograniczenia te mają charakter wielowymiarowy. Działania ministra zdrowia odpowiedzialnego za zorganizowanie systemu były nieskoordynowane, fragmentaryczne. Jak wspomniałam, pan minister m.in. nie opracował strategii rozwoju opieki i nie wprowadził standardów organizacyjnych OPH. W konsekwencji wielu ograniczeń zarówno w dostępie do tej opieki, jak i jej rozwoju oraz poprawie jej funkcjonowania wciąż nie można dokonać oceny efektywności wydatkowanych na tę opiekę środków, pomimo ich istotnego wzrostu, bo aż o 46% w latach 2016–2017.

W związku z ustaleniami kontroli pracowaliśmy i skierowaliśmy do ministra zdrowia wnioski *de lege ferenda*: opracowanie standardów OPH jako narzędzia zapewniającego należytą jakość udzielanych świadczeń; zmianę rozporządzenia w sprawie OPH zmierzającą do zapewnienia dostępu do opieki wszystkim potrzebującym, niezależnie od typu choroby, których stan kliniczny wskazuje na potrzebę objęcia opieką paliatywną; zmianę rozporządzenia w sprawie OPH zmierzającą do doprecyzowania pojęcia porady lekarskiej w domowej opiece paliatywnej oraz wymogu częstotliwości wizyt i porad w warunkach domowych. Potrzeba doprecyzowania rozporządzenia wystąpiła ze względu na różniące się interpretacje ministra zdrowia i NFZ dotyczące częstotliwości wizyt pielęgniarskich nie rzadziej niż dwa razy w tygodniu oraz częstotliwości porad lekarskich nie rzadziej niż dwa razy w miesiącu.

Doprecyzowania wymaga również samo pojęcie porada lekarska, bo według obowiązujących przepisów ustawowych za poradę lekarską można uznać poradę telefoniczną i wystawienie recepty bez zbadania pacjenta. Tymczasem w opinii ministra, którą my podzielamy, ze względu na bezpieczeństwo pacjenta porady powinny być udzielane osobiście przez lekarza w domu pacjenta.

Konieczność zaktualizowania wymagań dotyczących personelu dopuszczonego do wykonywania rehabilitacji wynika z wejścia w życie ustawy o zawodzie fizjoterapeuty.

Zawnioskowaliśmy również o wprowadzenie obowiązku sporządzania indywidualnych planów opieki oraz o zmianę rozporządzenia w sprawie kryteriów wyboru ofert, tak aby były premiowane podmioty oferujące najlepszej jakości warunki dodatkowe udzielanych świadczeń OPH. Mowa tu oczywiście o wspomnianych wcześniej przykładach dobrych praktyk.

Poza wnioskami o zmianę obowiązujących przepisów wystąpiliśmy do ministra zdrowia również o określenie kierunków rozwoju opieki paliatywnej i hospicyjnej oraz docelowego modelu funkcjonowania tej opieki, jak również o przeanalizowanie możliwości systemu opieki zdrowotnej pod kątem finansowania świadczeń OPH w sposób nielimitowany; zapewnienie dostępu do opieki wszystkim potrzebującym, niezależnie od miejsca leczenia czy miejsca zamieszkania; o skoordynowanie we współpracy z ministrem właściwym do spraw społecznych opieki paliatywnej z pomocą społeczną, podstawową opieką zdrowotną oraz opieką długoterminową; zainicjowanie zmiany wyceny świadczeń w poradni medycyny paliatywnej, ewentualnie rozważenie zmiany sposobu jej organizacji; a także przeprowadzenie analizy co do wymaganego poziomu zatrudnienia i kwalifikacji pielęgniarek, jak i katalogu wymaganego sprzętu, z uwzględnieniem faktycznych potrzeb pacjentów i racjonalizacji kosztów jego utrzymania.

Do prezesa NFZ wystąpiliśmy o zapewnienie świadczeń perinatalnej opieki paliatywnej na terenie wszystkich województw oraz o udoskonalenie systemu informatycznego NFZ, aby umożliwiał prawidłową weryfikację świadczeniobiorców uprawnionych do korzystania ze świadczeń OPH. Ustaliliśmy bowiem, że prowadzony przez centralę

NFZ zawierający błędy system informatyczny skutkował zapłatą przez NFZ 2,6 mln zł za świadczenia OPH, które nie mieściły się w katalogu świadczeń gwarantowanych. Część tych środków została już zwrócona.

Szanowni państwo, na zakończenie warto podkreślić, że w europejskich rankingach rozwoju opieki paliatywnej Polska zajmowała wysoką pozycję. W 2015 r. jakość opieki paliatywnej plasowała nas na 26. miejscu na świecie i najwyżej w odniesieniu do krajów o podobnym PKB *per capita*. Niestety w ostatnich latach notujemy jednak największy spadek – spośród 19 krajów Unii Europejskiej objętych rankingiem Polska spadła z 9. miejsca w 2013 r. na 14. miejsce w 2015 r., tj. o pięć miejsc, najwięcej obok Węgier. Podjęcie działań na rzecz zwiększenia dostępności do OPH oraz poprawy jej funkcjonowania jest konieczne, tym bardziej że wskaźniki demograficzne w Polsce są szczególnie alarmujące, a szybko postępujące starzenie się naszego społeczeństwa stało się faktem.

Dziękujemy za uwagę, oczywiście jesteśmy do państwa dyspozycji w przypadku ewentualnych pytań, na które postaramy się odpowiedzieć. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Szanowni państwo – zwracam się do członków Komisji Polityki Senioralnej – żeby usprawnić procedowanie, chciałabym zaproponować, abyśmy teraz wysłuchali informacji ministra zdrowia na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej, a potem otworzyłabym dyskusję. Czy państwo posłowie wyrażają zgodę? Dziękuję bardzo, nikt nie zgłosił sprzeciwu. Poproszę panią minister Józefę Szczurek-Żelazko o przedstawienie informacji ministra zdrowia na temat opieki paliatywnej i hospicyjnej. Bardzo proszę, pani minister.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Szanowna pani przewodnicząca, szanowni państwo. Mam zaszczyt w imieniu ministra zdrowia przedstawić informację dotyczącą przedstawionego przez NIK raportu na temat opieki paliatywno-hospicyjnej.

Na wstępie chciałabym podkreślić, że, jak to wielokrotnie zostało zauważone w raporcie, system organizacji opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce jest najmłodszy, jeśli chodzi o systemy ochrony zdrowia dedykowane pacjentom w poszczególnych problemach zdrowotnych, rozwija się bardzo szybko, dynamicznie i rzeczywiście osiągamy w porównaniu do innych krajów UE czy poza Unią dobre efekty. Z roku na rok przeznaczamy coraz więcej środków na finansowanie tych świadczeń. Państwo też zauważyli, że nastąpił wyraźny wzrost nakładów – ponad 40% w ciągu kilku lat na ten rodzaj opieki nad polskimi pacjentami. Wpisuje się to w obecną politykę rządu – poprawy finansowania świadczeń zdrowotnych, na które przez wiele, wiele lat brakowało pieniędzy. W tej chwili następuje w poszczególnych obszarach wyraźna poprawa finansowania tych świadczeń, co jest widoczne również w opiece paliatywno-hospicyjnej. Oczywiście mamy bardzo dużo do zrobienia, mamy bardzo dużo do zrobienia wspólnie, bo rzeczywiście minister zdrowia nadaje kierunki, ustala strategie, ale kwestia finansowania jest po stronie NFZ.

Bardzo ważna rola, co nie zostało podkreślone w raporcie, przypada stronie organizatorów świadczeń. A organizatorami świadczeń, jak państwo widzą strukturę podmiotów leczniczych, są samorządy lokalne. W ustawach o samorządzie terytorialnym mają one zdefiniowane obowiązki, w tym m.in. organizowanie podmiotów leczniczych zabezpieczających potrzeby zdrowotne swojej populacji. Liczymy bardzo na współpracę z lokalnymi samorządami, aby zechciały również wykazać aktywność w tym obszarze i stworzyć warunki sprzyjające powstawaniu podmiotów leczniczych, które będą realizowały tego typu zadania, bądź też wykazywały aktywność w zakresie rozszerzania działalności aktualnie istniejących podmiotów leczniczych, dla których są organem założycielskim. Tylko współpraca między wszystkimi podmiotami może dać konkretną poprawę sytuacji, jeśli idzie o jakość i dostępność do świadczeń medycyny paliatywnej i hospicyjnej.

Minister zdrowia traktuje priorytetowo ten obszar działalności. Dowodem jest fakt, że został powołany w grudniu ub.r. pełnomocnik do spraw opieki paliatywnej, który wspólnie z konsultantem krajowym będzie pracował nad zmianą tego systemu, oczywiście uwzględniając w dużej mierze założenia raportu NIK, o którym dzisiaj dyskutujemy, ale również będzie brał pod uwagę inne uwarunkowania, determinujące ostateczny

model funkcjonowania opieki paliatywno-hospicyjnej w Polsce. Liczymy na aktywność pełnomocnika w tym zakresie. Mamy już doświadczenia, że powołanie pełnomocnika w danym obszarze skutkuje szybszym tempem zmian. Chociażby psychiatria – nastąpiły w niej widoczne zmiany, gdy powierzono ten wąski zakres działania konkretnej osobie, specjaliście w tej dziedzinie, który ma bardzo dobrą łączność ze środowiskiem, świadczeniodawcami, jak również z organizacjami społecznymi, w dużej mierze realizującymi tego typu działania.

Ponadto chciałabym poinformować państwa, że planowane jest opracowanie strategii deinstytucjonalizacji opieki w Polsce, a założenia strategii będą obejmować szeroko rozumiane usługi zdrowotne i społeczne. Generalnie odchodzimy, zresztą nie tylko w Polsce, ale na świecie, od instytucjonalizacji opieki w różnych obszarach. Również w medycynie paliatywnej będziemy kładli duży nacisk właśnie na usługi środowiskowe, ambulatoryjne, świadczenia udzielane w trybie dziennym, tak aby pacjent miał pełny dostęp do opieki w przyjaznych warunkach. Najbardziej przyjazne są dla niego warunki domowe, oczywiście jeśli ma zapewnione odpowiednie świadczenia zdrowotne. W tym kierunku będziemy działać. Pełnomocnik będzie koordynował wszystkie zadania, które powierzy mu minister zdrowia.

Odnosząc się do konkretnych wniosków, które państwo zdefiniowali w swoim raporcie. Pierwsze były uwagi do standardów opieki paliatywno-hospicyjnej jako narzędzia zapewniającego jakość udzielanych świadczeń i opracowanie tych standardów. Chciałabym poinformować, że warunki realizacji świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej są zapisane w rozporządzeniu ministra zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych. Określają one standard w podstawowym zakresie i w związku z tym, że ten standard wymaga jednak przepracowania, doszczegółowienia, następuje jego weryfikacja. Materiał został przekazany do ponownej analizy do Agencji Oceny Technologii Medycznej i Taryfikacji. To zlecenie już zostało wykonane. Aktualnie w MZ analizujemy stanowisko AOTMiT. Rozważany będzie wniosek o doprecyzowanie kwestii chociażby częstości wizyt, o których mówili państwo, porad opieki prowadzonej w warunkach domowych. Doprecyzowane ma zostać pojęcie porady lekarskiej domowej.

Pragnę podkreślić, że w tym obszarze chcielibyśmy właśnie teraz, w 2020 r., przeprowadzić szeroką dyskusję na temat stworzenia czy opracowania strategii opieki paliatywno-hospicyjnej, z dużym udziałem polskich hospicjów, z którymi się spotykamy. Mam nadzieję, że w tym roku dzięki tej dobrej współpracy zostaną wypracowane rozwiązania, które będą po pierwsze konsumowały uwagi NIK, ale przede wszystkim poprawią jakość opieki nad pacjentem wymagającym świadczeń – czy to w środowisku szpitalnym, czy w środowisku domowym.

Kolejny wniosek, który zdefiniowali państwo, dotyczy poziomu finansowania. Odnosiłam się już do tego mówiąc, że zauważyli już państwo, że poziom finansowania z roku na rok wyraźnie wzrasta i to należy podkreślić. Jest to możliwe dzięki temu, że została przyjęta ustawa, która gwarantuje wzrost nakładów na ochronę zdrowia do 6% produktu krajowego brutto, m.in. dzięki tej ustawie jesteśmy w stanie finansować większą liczbę świadczeń i w wyższej cenie opłacać świadczenia z zakresu opieki paliatywno-hospicyjnej. Ta ustawa gwarantuje kolejny wzrost nakładów w kolejnych latach, więc trend wzrostu nakładów na obszar paliatywno-hospicyjny zostanie zachowany. Będziemy rozważać również możliwość ewentualnego nielimitowanego finansowania świadczeń, ale tu musimy doprecyzować bardzo szczegółowo, jakiego rodzaju świadczeń miałoby to dotyczyć.

Następny wniosek – potencjał podmiotów leczniczych w tym zakresie. Już wspomniałam, że NFZ ogłasza postępowania konkursowe i w przypadku, kiedy w konkursie pojawiają się podmioty lecznicze, takie umowy są podpisywane. Niestety nierównomierne rozmieszczenie podmiotów, szczególnie, na co państwo zwracają uwagę, w środowiskach małomiasteczkowych czy wiejskich, wynika z tego, że tam właśnie jest deficyt podmiotów leczniczych, które chciałyby w swojej strukturze organizacyjnej utworzyć jednostki udzielające świadczeń z tego zakresu. Oczywiście rozmawiając z przedstawicielami samorządów czy organizacji pozarządowych, które w dużej mierze zabezpieczają ten rodzaj świadczeń, wspieramy ich w tworzeniu takich podmiotów, doradzamy, w jaki spo-

sób można przeprowadzić ten proces. Jednak w dużej mierze duża rola przypada samorządom lokalnym. Myślę, że to jest też oferta przede wszystkim dla powiatów. Są one właścicielami szpitali powiatowych, które w pewnym zakresie przeżywają problemy. Wymaga to również zmiany – może przeprofilowania rodzaju świadczonych usług i przeprofilowania się właśnie na taki rodzaj świadczeń zdrowotnych, czyli opiekę paliatywną, hospicyjną czy też opiekę długoterminową.

Przy tej okazji chciałabym podkreślić, że osoby znajdujące się w stanie terminalnym, również mają dostęp do opieki długoterminowej, prowadzonej w różnych formach, czyli nie tylko hospicyjno-paliatywnej, ale również w zakładach opieki długoterminowej, tj. zakładach pielęgnacyjno-opiekuńczych. Mogą mieć także dostarczoną opiekę domową w formie opieki długoterminowej domowej, świadczonej przez pielęgniarki długoterminowe. Osoby, które z różnych powodów czekają na tego rodzaju świadczenia, nie są całkowicie pozbawione opieki, bo istnieje w ramach innych świadczeń możliwość pozyskania wsparcia.

Obszar zadań obejmujących zapewnienie odpowiedniego dostępu do OPH, niezależnie od miejsca zamieszkania, oraz koordynacja działań systemów opieki zdrowotnej, pomocy społecznej skierowanej do osób starszych, zostały ujęte w dokumencie strategicznym „Polityka społeczna wobec osób starszych 2030. Bezpieczeństwo. Uczestnictwo. Solidarność". Przewidziano w nim do realizacji przez ministra zdrowia bądź przy udziale ministra zdrowia działania w następujących zakresach: opracowanie rozwiązań sprzyjających rozwojowi opieki środowiskowej jako alternatywy dla opieki instytucjonalnej, ograniczających ryzyko hospitalizacji; zintegrowanie opieki nieformalnej z opieką formalną nad osobami niesamodzielnymi; rozwój i programowanie różnorodnych form opieki dziennej. To są zakresy zdefiniowane w tym dokumencie i przypisane do zadań ministra zdrowia, wspólnie z ministrem rodziny, pracy i polityki społecznej.

Na tej podstawie będą powstawały konkretne projekty. W tej chwili jesteśmy na etapie współpracy z MZ, chociażby nawet przy planowaniu uruchomienia nowego produktu, który będzie finansowany z NFZ, a w części może być również przeznaczony dla osób wymagających opieki medycznej. W tej chwili finalizujemy już prace nad tym projektem właśnie przy współpracy z MRPiPS. Niebawem pojawi się zapewne możliwość kontraktowania produktów, które nie są katalogowane w obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej, ale także są przeznaczone tej grupie pacjentów.

Kwestia pracowników, kadry zabezpieczającej ten obszar działania. Oczywiście państwo zwracają uwagę na niedosyt kadrowy. Mamy pełną świadomość, jaka jest obecnie sytuacja kadrowa w systemie ochrony zdrowia, dlatego co najmniej od czterech lat podejmujemy intensywne działania mające na celu poprawę tego stanu. W pewnych obszarach już jest widoczny postęp, w innych wymaga to więcej czasu.

Jeżeli chodzi o normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych, to zgodnie z porozumieniami podpisanymi ze środowiskiem pielęgniarek sukcesywnie wprowadzamy nowe, minimalne normy zatrudnienia, które mają gwarantować jakość udzielanych świadczeń i bezpieczeństwo pacjentów, ale również personelu. Jest to możliwe dzięki temu, że z roku na rok coraz więcej pielęgniarek trafia do systemu. Zwiększyliśmy liczbę szkół kształcących pielęgniarki. Wielokrotnie już informowałam o tym państwa posłów: w ciągu czterech lat udało nam się zorganizować ponad 30 szkół, w których są kształcone pielęgniarki. W roku 2015 było ich 74, w tej chwili mamy ich bodajże 105. Zwiększa się liczba miejsc na studiach w uczelniach, które już funkcjonowały. Są już pierwsze tego efekty – w paru województwach zapotrzebowanie na personel pielęgniarski jest zapewnione. Działania te wymagają kontynuacji, będziemy nadal to realizować, aby zwiększyć liczbę pielęgniarek pracujących w systemie, w tym również w obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej.

Lekarze… Jeszcze odnośnie do pielęgniarek. Były przedstawione dane dotyczące specjalistów w dziedzinie opieki paliatywnej. Tu również zwiększa się liczba pielęgniarek specjalistek w tej dziedzinie. Od 2006 r. do 2014 r. 648 osób uzyskało tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa w opiece paliatywnej, a od 2015 r. do 2019 r. zdobyło ten tytuł ponad 1400 osób. Czyli bardzo szybko przyrasta nam liczba pielęgniarek specjalistek z tego zakresu. Ten trend będzie kontynuowany.

Kolejny wniosek dotyczył NFZ i był kierowany do prezesa tej instytucji. Jest tutaj przedstawiciel prezesa, ale może króciutko skomentuję. Chodzi o zwiększony nadzór nad działaniami wojewódzkich oddziałów NFZ w kwestii dostępu do opieki perinatalnej, opieki paliatywnej we wszystkich województwach. Oczywiście sytuacja została przeanalizowana. Chciałabym jeszcze podkreślić, że okres badany przez NIK sięgał do pierwszego kwartału 2018 r. My mamy już aktualne dane i w tej chwili w czterech, a nie w sześciu województwach brakuje opieki perinatalnej. Chciałabym podkreślić, że konkursy są organizowane cyklicznie, ale brakuje podmiotów, które chciałyby realizować tego typu usługę.

Z drugiej strony, jak państwo zapewne wiedzą, w ramach ustawy za życiem zostały utworzone ośrodki koordynujące opiekę nad ciężarnymi. Kobiety, które są w trudnej ciąży, trafiające do tych ośrodków, dowiadują się o problemach zdrowotnych swojego dziecka, otrzymują pomoc organizowaną i finansowaną z NFZ. Jeżeli chodzi o kwestię opieki perinatalnej, prezes NFZ podejmuje nadal intensywne działania, aby wspierać podmioty, które chciałyby realizować ten rodzaj usług i w przypadku pojawienia się konkretnego podmiotu na pewno będzie ogłoszone postępowanie konkursowe. Pod warunkiem spełnienia wymogów kontrakt może zostać podpisany.

Była również uwaga do prezesa NFZ, mówiąca o udoskonaleniu systemu informatycznego, który by umożliwiał prawidłową weryfikację świadczeń zleceniobiorców. To już zostało zrobione. Z informacji uzyskanych od prezesa wynika, że doprecyzowano reguły sprawozdawcze, określono konkretne kody, tak że proces sprawozdawania jest weryfikowany i nadzorowany w prawidłowy sposób; zalecenia, które przekazali nam państwo, zostały wykonane.

Jeżeli chodzi o lekarzy. Tutaj też państwo sygnalizowali, że kadra jest za mała. Rzeczywiście. Medycyna paliatywna jest taką specjalnością, może to źle zabrzmi, która nie cieszyła się dużą popularnością wśród lekarzy, wybierających swoją ścieżkę zawodową. Dlatego też jest traktowana priorytetowo. Obecnie odbywają specjalizację 184 osoby, a w systemie jest 525 lekarzy medycyny paliatywnej, tj. stan na listopad 2019 r., z czego oczywiście nie wszyscy wykonują ten zawód. Część lekarzy zdobyła tę specjalizację jako drugą czy kolejną, w związku z tym nie do końca praktykują w tym obszarze. Ale jak państwo widzą, z roku na rok zwiększa się liczba specjalistów – miejmy nadzieję, że ten trend się utrzyma. W każdym razie minister zdrowia nie ogranicza, nie limituje miejsc rezydenckich i osoby, które spełniają wymogi, są przyjmowane na rezydentury. Jeżeli chodzi o dostępność, najtrudniejsza sytuacja jest w województwach podkarpackim i opolskim, ponieważ tam mamy najmniej specjalistów z dziedziny medycyny paliatywnej.

Reasumując, chciałabym podkreślić, że oczywiście dziękujemy bardzo za te wnioski. Pozwoliły nam one już podjąć część konkretnych działań poprawiających tę sytuację, część tych wniosków wymaga jeszcze szczegółowej analizy merytorycznej z konsultantami krajowymi, z pełnomocnikiem ds. medycyny paliatywnej – i oczywiście też z podmiotami, które realizują ten rodzaj opieki. Na obecnym etapie, tak jak powiedziałam, AOTMiT zweryfikował pewne wnioski, które państwo nam zdefiniowali. Teraz będziemy zapewne zmieniać rozporządzenia i je analizować. Podejmujemy wszelkie starania, aby ten obszar ochrony zdrowia dobrze funkcjonował, aby rzeczywiście pacjenci, którzy borykają się z tymi bardzo trudnymi problemami, mieli dostęp do świadczeń opieki paliatywno-hospicyjnej. Ale podkreślam, że istnieją również inne formy opieki, które także mogą być wykorzystywane w tych trudnych sytuacjach życiowych, w jakich znajdują się pacjenci. Te formy opieki również są finansowane ze środków publicznych przez NFZ. Dziękuję. Jeżeli będą pytania, będziemy odpowiadać.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani minister. Szanowni państwo, otwieram dyskusję, proszę o zadawanie pytań, z tym że mam prośbę, aby się państwo przedstawiali przed zabraniem głosu. Jeśli państwo pozwolą, najpierw posłowie, a później zaproszeni goście. Bardzo proszę, pan poseł Jakub Rutnicki. Bardzo proszę.

Poseł Jakub Rutnicki (KO):

Dziękuję bardzo, pani przewodnicząca. Wysoka Komisjo, wsłuchując się w wystąpienie pani minister zdrowia, a przedtem słuchając informacji NIK, muszę powiedzieć, że przedstawiono nam dwie różne sytuacje. Biorąc pod uwagę referat NIK, trzeba przede wszystkim powiedzieć jasno, że mamy duży problem i jest zapaść, jeżeli chodzi o opiekę paliatywną.

Pani minister mówi, że organizatorem świadczeń są samorządy lokalne. Tak w rzeczywistości jest. Ale to, co państwo zrobili przez ostatni czas, to jest naprawdę bardzo trudna sytuacja szpitali powiatowych. To gigantyczny wzrost zadłużenia – ponad dwa miliardy złotych. Powiem tak, jeżeli chodzi o kwestie dotyczące opieki paliatywnej, funkcjonowanie hospicjów, szpitale powiatowe, to najlepiej zorganizują to starostwa i powiaty, ale za tym, pani minister, musi iść finansowanie. Bez pieniędzy nic nie ruszy. Takich miejsc będzie potrzeba coraz więcej – wiadomo, jaka jest demografia, a przede wszystkim, ile jest osób z chorobami onkologicznymi, które w większości potrzebują opieki. Musi pójść jasny sygnał ze strony ministerstwa do samorządów, żeby samorządy rzeczywiście mogły realnie to organizować.

Państwo trochę próbują zdjąć odpowiedzialność z MZ i w razie czego obarczyć winą samorządy. Samorządy dostają pieniądze z NFZ. Wycena świadczeń niestety nie wzrasta i to jest jeden z podstawowych problemów. Jeżeliby pani minister zadeklarowała, to co pani powiedziała, że na tego typu świadczenia nie będzie limitu, to ja myślę, że samorządy, które bardzo szybko, bardzo sprawnie reagują na potrzeby swoich mieszkańców, będą tworzyć takie miejsca. Tylko ta deklaracja musi być jasna. Bo państwo często mówią, a na samym końcu finanse pozostają na barkach samorządu.

Ostatnie miesiące państwa działań to jest mówienie o tym, w jak fantastycznej formie jest budżet naszego kraju, a tak naprawdę koszty przesuwacie na samorządy. Mówienie teraz, że opieka paliatywna to przede wszystkim też działanie samorządu… Musi za tym iść finasowanie i samorządy tego oczekują. Bez tego będzie coraz większy problem, a zapaść, jeżeli chodzi o szpitale powiatowe, przez ostatnie dwa lata… Zapraszam panią minister serdecznie do Szamotuł, do Nowego Tomyśla, do Wolsztyna. Tam zadłużenie wzrasta do kwadratu. W 2017 r. szpitale jeszcze się bilansowały, a w tej chwili ich sytuacja jest coraz gorsza.

Samorządy na pewno zorganizują bardzo dobrze tego typu działanie, ale muszą być konkretne pieniądze i konkretne deklaracje ze strony ministerstwa. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Pan poseł Michał Szczerba, bardzo proszę.

Poseł Michał Szczerba (KO):

Pani przewodnicząca, pani minister, Wysoka Komisjo, szanowni państwo. To nie jest tak, że zaczynamy od zera, bo przypomnę naszej Komisji, że 23 marca 2017 r. Komisja skierowała dezyderat do ministra zdrowia w sprawie opieki paliatywnej i hospicyjnej, uchwalony jednogłośnie. Nasze propozycje były bardzo konkretne, ujęte w sześć punktów, opracowanych razem z naszymi stałymi doradcami Komisji. Wnioskowaliśmy m. in. o finansowanie świadczeń z zakresu opieki paliatywnej według wyceny AOTMiT. Ale pomimo tej wyceny stawki zostały wówczas przez wiele oddziałów NFZ obniżone. Pytanie: czy coś się zmieniło?

Wnioskowaliśmy, Wysoka Komisjo, zgodnie z raportem NIK o zniesienie limitów świadczeń w zakresie opieki paliatywnej, zwłaszcza że świadczenia z onkologii nie są limitowane. Wnioskowaliśmy o wprowadzenie skoordynowanego modelu opieki paliatywnej, definiującego zasady współpracy jednostek świadczących tę opiekę. Wnioskowaliśmy o zwiększenie liczby łóżek w zakresie świadczeń stacjonarnych, tak aby docelowo osiągnąć pożądany wskaźnik 80 łóżek na 1 mln mieszkańców, zgodnie z zaleceniami. Wówczas w kraju było 68 łóżek na 1 mln mieszkańców. Wnioskowaliśmy o rozwój świadczeń ambulatoryjnych, realizowanych przez poradnie medycyny paliatywnej. Wnioskowaliśmy o opracowanie i wdrożenie form opieki paliatywnej, które są obecnie dostępne, ośrodków dziennych opieki paliatywnej, zespołów wspierających w szpitalach. O tym

też mówi NIK, a mianowicie o zespołach dotyczących opieki paliatywnej, które powinny powstawać w szpitalach, i o rozszerzeniu wskazań do objęcia opieką paliatywną.

Można powiedzieć, szanowni państwo, że blisko trzy lata temu Komisja zanalizowała i przedstawiła sześć postulatów, które zawierają się w raporcie NIK. Cieszy oczywiście, że mówimy jednym głosem i wskazujemy te same potrzeby, ale martwi, że minęły trzy lata od dezyderatu Komisji Polityki Senioralnej. Myślę, że sytuacja jest dramatyczna. Nawet to zwiększenie wydatków NFZ z 414 mln zł do 668 mln zł należy odczytywać również poprzez zwiększenie wpływów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne. Wynosiły one w 2015 r. 279 zł od osoby, a obecnie, w 2020 r., będzie to 362 zł, więc chociażby z tego powodu ten wzrost wynika również z wpływów ze składek na ubezpieczenie zdrowotne.

Mówiąc bardzo wprost, to jest taka niekończąca się opowieść. To jest już trzeci raport NIK. MZ nie realizuje ściśle wyznaczonych wniosków i rekomendacji. Był raport o sytuacji osób chorujących na chorobę Alzheimera, konkretne zalecenie NIK z 2015 r.: niech MZ stworzy narodowy program alzheimerowski, który będzie diagnozował, wskazywał terapię, wyznaczał standardy opieki alzheimerowskiej w Polsce. Pięć lat. Nie ma. Kolejny raport dotyczył sytuacji starszych pacjentów w systemie ochrony zdrowia, myślę o tych najstarszych pacjentach. Konkretne zalecenie: minister zdrowia powinien wprowadzić obowiązujące standardy opieki geriatrycznej. Pani minister, minęło kilka kolejnych lat – nie ma standardów opieki geriatrycznej. Niekończąca się opowieść, jak powiedziałem. Jest kolejny raport dotyczący opieki paliatywnej, hospicyjnej. Nie ma standardów opieki paliatywnej i hospicyjnej.

Bardzo dobrze, że się mówi o zamierzeniach, tak jak to pani minister przedstawiła. Oczekiwałbym jednak konkretnych zobowiązań i konkretnych terminów, bo mam wrażenie, że bawimy się wszyscy w kotka i myszkę. Żaden pełnomocnik ministra zdrowia do spraw opieki paliatywnej nie rozwiąże tych spraw, jeśli po prostu nie będzie woli politycznej i merytorycznej do tego, żeby tego typu programy i standardy, po pierwsze – stworzyć, po drugie – wprowadzić jako powszechnie obowiązujące.

Jakie wnioski wynikają z tego raportu? Lista chorób kwalifikujących do opieki paliatywno-hospicyjnej jest zbyt wąska. Można by było bardzo szybko stworzyć kolejny dezyderat w tej sprawie, ale to chyba nie ma kompletnie sensu, ponieważ o tych rzeczach mówimy od trzech lat. Kwestia zróżnicowania dostępu do świadczeń ze względu na miejsce zamieszkania osoby: cały czas osoby, które mieszkają na obszarach wiejskich, mają ten dostęp znacznie ograniczony. Są zróżnicowania sięgające 80% pomiędzy województwami. Limitowanie świadczeń: jeżeli uznaliśmy, że leczenie chorób nowotworowych nie jest objęte limitami, to przecież te osoby na skutek zaawansowania choroby onkologicznej to nie są osoby zdrowe, one są cały czas pacjentami onkologicznymi, niezdolnymi do samodzielnej egzystencji. Wprowadzanie w przypadku tych osób limitów, które utrudniają, a być może nawet przerywają dostęp do opieki, jest czymś po prostu nieludzkim. Taki sam postulat wypracowaliśmy trzy lata temu i skierowaliśmy do ministra zdrowia. Nieskoordynowanie opieki – jest to problem. Myślę, że rzeczywiście bardzo często się zdarza, że osoby, które by mogły być objęte opieką długoterminową w ZOL-ach, zakładach pielęgnacyjnych, często znajdują się w opiece paliatywno-hospicyjnej – i na odwrót. Zabrakło koordynacji.

Kiedy mówimy o opiece długoterminowej, oczywiście przypominamy również ministrowi zdrowia o urealnieniu stawek za osobodzień w tych zakładach. Brutalna prawda jest taka: standard opieki ze względu na bardzo niskie stawki, pokrywające 60% realnych wydatków, jest obniżany. Odbywa się to kosztem leczenia, rehabilitacji, dostępu do lekarzy specjalistów. Niestety taka jest prawda. I brakuje indywidualnych planów opieki. To jest takie podejście, powiedziałbym, cywilizacyjne, że wtedy, kiedy mamy konkretnego pacjenta, opracowujemy dla niego, według jego potrzeb, konkretny plan leczenia, czy też plan w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej.

Jak zwykle, bez względu na to, kto jest prezesem, zawsze w tej Komisji politykę zostawiamy za drzwiami. Bardzo wysoko oceniam ten raport. Naszym zadaniem jako Komisji będzie cykliczne wracanie do naszych dezyderatów, wniosków, które kierujemy do odpowiednich resortów. Liczę, że jak najszybciej dojdzie do spotkania Komisji z pełnomocnikiem ministra zdrowia do spraw opieki paliatywnej. Nie wiem, pani minister, kto nim

został, bo nie padło to nazwisko. Dobrze by było, żeby pani również mogła tę osobę nam przedstawić. Dziękuję serdecznie.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Bardzo proszę, pani poseł Agnieszka Ścigaj. Jeśli ktoś z państwa chciałby jeszcze zabrać głos, proszę o zgłoszenia.

Poseł Agnieszka Ścigaj (PSL-Kukiz15):

Bardzo dziękuję, pani przewodnicząca. Zacznę od wniosku, że powalający jest ten raport i rzeczywiście sytuacja jest dramatyczna. Chciałabym zadać dwa pytania, potem złożyć propozycję. Oczywiście możemy mówić o tej dramatycznej sytuacji jeszcze bardzo długo, ale tu jedno niepokoi – sytuacja się po prostu pogarsza. Państwo po kontroli stwierdzili spadek w rankingach europejskich. Można szukać różnych przyczyn, ale ja najpierw mam pytanie. W różnych miejscach w Polsce finansowanie i realizację projektów unijnych, które miały na celu wprowadzić dobre standardy, wykonywano pilotażowo albo w ramach programów operacyjnych. To bardzo martwi, że mimo tych projektów unijnych cały czas spadamy w rankingach europejskich, czyli nam się pogarsza, a nie polepsza, mimo że idą większe pieniądze. Trzeba by się zastanowić, w czym tkwi problem.

Mam pytanie do NIK. Czy w trakcie kontroli była brana pod uwagę realizacja tego typu projektów i czy na tle standardowych usług finansowanych przez NFZ wypadało to jakoś inaczej lub trochę lepiej, przynajmniej jeśli chodzi o standardy i zakresy opieki?

Pytanie do pani minister, ponieważ myślę, że to jest sytuacja powiązana z brakiem przez kolejne lata narodowego programu chorób rzadkich. Nie mamy go nadal, co stawia nas w sytuacji dość niekorzystnej, jeśli chodzi o poziom europejski, ponieważ nie możemy wprowadzić choćby nawet leczenia skoordynowanego na poziomie europejskim chorób rzadkich. Moje pytanie jest takie: czy ministerstwo rozważa, bierze pod uwagę to, co było w zaleceniach NIK, tj. rozszerzenie tego katalogu, o czym mówił poseł Michał Szczerba? I czy w korelacji z powstaniem, tworzeniem programu chorób rzadkich to jest jakoś uwzględniane? To też jest palący problem i wiele osób, które w tym obszarze pracuje, stowarzyszenia rodzin, zgłasza sprawę związaną z opracowaniem narodowego programu chorób rzadkich. To wiąże się również z dostępem do środków unijnych, o czym państwo pewnie wiedzą.

Mam taki wniosek, ponieważ tak jak powiedział Michał Szczerba, możemy co roku słuchać państwa raportów i wysłuchiwać drugiej strony, która mówi, że coś tam się robi. Ale że coś tam się robi, to się nie przekłada na to, że się robi to wystarczająco. Sprawa jest naprawdę poważna. Weźmy kolejki do opieki paliatywnej. Przepraszam, możemy już powiedzieć, co jest na końcu takiej kolejki. Mam więc wniosek, żeby Komisja naprawdę przyjęła formę monitorowania tego, co się dzieje w tym obszarze, jakie są postępy.

Ale żeby to robić dobrze, trzeba podejść profesjonalnie, czyli na początku każdego roku ministerstwo podaje konkretne wskaźniki do osiągnięcia na koniec tego roku, konkretne, wymierne wskaźniki zwiększenia liczby personelu, świadczenia usług. Niech będzie to mniej, ale niech to będzie zdecydowane. A potem na koniec roku, łącznie z publikacją, wskazywać stronie społecznej, zainteresowanym, czy to się udało, czy nie i dlaczego się nie udało. Myślę, że to by ułatwiło nam mobilizację, ale też proces rzeczywistego monitorowania, a nie mówienia, że coś się tam robi. Jak bowiem widać – sprawa nie idzie do przodu. Czy moglibyśmy to zaproponować?

Ja przynajmniej uważam, że to by było realne pokazanie, konkretnie, a nie żeby kolejny raz wprowadzać dezyderaty, które są tylko pobożnymi życzeniami. Na początku roku wyznaczyć konkretne wskaźniki, które ministerstwo zamierza osiągnąć w tym obszarze, i na koniec roku rozmowa na temat, czy się udało, czy się nie udało tego osiągnąć, ale żeby wiedzieć, czy się udało coś, co zaplanowaliśmy, to musimy wiedzieć, jaki jest plan na dany rok. To tyle. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Dziękuję bardzo. Może pani minister chciałaby się teraz odnieść, czy poczekamy jeszcze na inne głosy? To bardzo proszę, pani prof. Wieczorowska… Aha, przepraszam bardzo. Pani poseł Iwona Kozłowska, bardzo proszę.

Poseł Iwona Kozłowska (KO) – spoza składu Komisji:

Szanowna pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, pani minister. Bardzo dziękuję za udzielenie głosu. Co prawda nie jestem członkiem Komisji, ale jestem żywo zainteresowana tą tematyką, ponieważ zajmuję się zawodowo osobami starszymi, seniorami. Rzeczywiście, jak mówił pan poseł Szczerba, niezmiernie istotna jest tematyka opieki geriatrycznej, dotycząca osób starszych, szczególnie w okresie paliatywnym.

Niestety dostępność, pomimo że pochodzę z województwa kujawsko-pomorskiego, które ma stosunkowo dobre wyniki w opiece paliatywno-hospicyjnej, i u nas jest ograniczona. To, co mnie bardzo, bardzo boli, to fakt, że w hospicjach jest niezmiernie mało miejsc i słowo „kolejka", powiem delikatnie, brzmi tu bardzo dziwnie. Bo jak może być kolejka do hospicjów? To jest coś niebywałego, aż trudno mówić o kolejkach. Są kolejki do domów pomocy społecznej, do domów dziennego pobytu, do klubów seniora, kolejki do hospicjów. My, szanowni państwo, nie powinniśmy w ogóle poruszać tego tematu.

Poza tym chciałam jeszcze powiedzieć, że brakuje informacji dla rodzin. Rodziny nie wiedzą, w jaki sposób wesprzeć się opieką paliatywną i hospicyjną. Mamy mnóstwo telefonów z pytaniami, w jaki sposób można znaleźć miejsce w hospicjum, gdzie te hospicja się znajdują, w jaki sposób można znaleźć opiekę w hospicjach. Nie chcę mówić o umieszczaniu, bo myślę, że to nie jest właściwe sformułowanie.

Następna rzecz, o którą chcę spytać panią minister. Jak wygląda opieka paliatywna, również hospicyjna, w stosunku do osób przewlekle psychicznie chorych, osób z otępieniami? Ostatnio spotkałam się z taką sytuacją, że osoba z otępieniem została odrzucona do opieki z uwagi na to, że nie ma z nią kontaktu. Osoba, u której stwierdzono zaawansowany nowotwór, ponieważ to jest choroba, która już się toczy, została odrzucona, bo brak z nią kontaktu. Jest okazja, żeby o to zapytać, dlatego poruszam ten temat. Czy państwo mieli do czynienia z takimi sytuacjami? Jak wygląda według ministerstwa wsparcie takich osób? Przecież w środowisku, w otoczeniu mamy osoby z demencjami, z alzheimerem, które też chorują na nowotwory. Rodziny cierpią razem z nimi. Bardzo dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani prof. Wieczorowska-Tobis prosiła o głos.

Pracownik naukowy Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu prof. dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorowska-Tobis:

Pani przewodnicząca, pani minister, szanowni państwo. Reprezentuję Uniwersytet Medyczny w Poznaniu, prowadzę katedrę i klinikę medycyny paliatywnej tego uniwersytetu. Jestem lekarzem specjalistą medycyny paliatywnej i geriatrii.

Chcę zwrócić uwagę, że kiedy mówimy o poprawie kadry, to musimy zobaczyć, na co zwracała uwagę pani minister, że zainteresowanie specjalizacją jest stosunkowo niewielkie, zainteresowanie specjalizacją w trybie rezydenckim jest również bardzo niewielkie. Wynika z tego, że tak naprawdę my do medycyny paliatywnej dorastamy. Że to trochę jest tak, że kończąc studia, chcemy wszystko poprawić i chcemy na siłę uleczyć pacjenta. Aby zobaczyć pacjenta przez pryzmat cierpienia, z zupełnie innej perspektywy, to wymaga czasu. Dlatego bardzo wielu lekarzy ma specjalizację z medycyny paliatywnej jako drugą, ja również mam dwie specjalizacje. Wtedy patrzymy na pacjenta szerzej, patrzymy na niego trochę przez pryzmat medycyny paliatywnej, ale też przez pryzmat własnej specjalizacji. Czyli ja patrzę na to przez pryzmat starości, bo jestem też geriatrą. Musimy pamiętać, że takie podejście jest bardzo częste i że wielu lekarzy ma tę drugą specjalizację z medycyny paliatywnej. To jest bardzo dobrze. Niekoniecznie wtedy głównym miejscem pracy jest hospicjum, ale pozwala to na inną perspektywę i ewentualnie na uzupełnienie naszych działań w ramach hospicjum. Myślę, że to samo dotyczy również pielęgniarek.

Druga rzecz, na którą chciałam zwrócić uwagę, to fakt, że są trochę różne podejścia do medycyny paliatywnej, żeby nie powiedzieć różne rodzaje medycyny paliatywnej. Zaczynamy zwracać coraz większą uwagę na to, że podejścia paliatywnego wymagają nie tylko pacjenci z chorobami nowotworowymi, ale także bardzo wielu pacjentów z chorobami przewlekłymi. Rozmawialiśmy np. wcześniej o otępieniu. Rzeczywiście jest tak,

że świat dyskutuje w tej chwili na temat paliatywnego podejścia w kontekście otępienia. Jest to zupełnie inny rodzaj opieki. Jeśli przyglądamy się działaniu czy to hospicjów, czy oddziałów medycyny paliatywnej, zawsze zwracamy uwagę na pacjentów, którzy byli pod tą opieką jeden czy dwa dni. I mówimy, że to są pacjenci, którzy nie powinni trafić na oddział medycyny paliatywnej, bo dla nich samo przeniesienie jest bardzo trudne i pogarsza ich funkcjonowanie. Ale widzimy też pacjentów, którzy są rok, dwa lata pod opieką medycyny paliatywnej, i to są pacjenci przewlekli, którzy wymagają zupełnie innego podejścia.

Myślę, że jeśli mówimy o rozszerzeniu wskazań do objęcia medycyną paliatywną, to musimy spojrzeć też na to tak, że trzeba zdefiniować zaawansowanie zmian, jeśli będziemy obejmować pacjentów medycyną paliatywną. Rozszerzono np. dwa lata temu wskazania do objęcia medycyną paliatywną pacjentów ze stwardnieniem rozsianym. To jest bardzo duży krok, to jest bardzo duża grupa pacjentów. Zadajemy sobie pytanie, w którym momencie należałoby objąć pacjenta taką opieką. Mało tego. Kiedy mówimy o rozliczaniu wizyt, to być może należałoby też te wizyty zróżnicować. Na wczesnych etapach tej drogi nie potrzeba aż tak wielu wizyt, a na ostatnich etapach tej drogi być może potrzeba więcej wizyt, niż jest zakontraktowane. Być może trzeba na to spojrzeć tak, że ta opieka powinna być bardziej elastyczna.

Oczywiście marzeniem moim geriatrycznym jest to, żeby docelowo dało się objąć wszystkich pacjentów opieką. I myślę, że ważne jest, abyśmy wszyscy zdali sobie sprawę, że opieka dla pacjentów ze wskazaniami innymi niż choroby nowotworowe jest zupełnie innym rodzajem opieki. Wtedy pytanie o granice między opieką paliatywną a długoterminową musi być wyraźnie zadane. Dziękuję.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Proszę jeszcze o zabranie głosu panią Alicję Kaczorowską.

Specjalista medycyny paliatywnej dr Alicja Kaczorowska:

Pani przewodnicząca, Wysoka Komisjo, pani minister. Bardzo dziękuję za ten głos. Chcę bardzo stanąć po stronie pani profesor, bo tak, jak pani profesor rozumiem zagadnienia, ponieważ jestem specjalistą medycyny paliatywnej. Od 25 lat zajmuję się medycyną paliatywną, a od 40 lat jestem lekarzem i moją pierwszą specjalnością jest anestezjologia. Ja też widzę, że potrzebujemy więcej lekarzy i teraz wydaje mi się, że faktycznie zainteresowanie nie jest duże. Ale chcę powiedzieć, że zaraziłam swoją córkę, która jest rezydentką. I ona właśnie robi medycynę paliatywną jako młody lekarz. Wydaje mi się, że jest to oferta także dla młodych lekarzy.

Ale faktycznie podmiotami tej opieki i medycyny paliatywnej są pacjent i jego rodzina. Nie można też jednak zapominać o podmiocie, który stanowi zespół – lekarze, pielęgniarki, opiekunki. To także są podmioty, którymi trzeba się zająć i sprawić, żeby miały dobre warunki, dobre finansowanie, aby te zespoły mogły się obracać w takim środowisku prawnym, samorządowym i zwyczajnym ludzkim, żeby medycyna paliatywna była dobrze odbierana, rozumiana, żeby pacjenci, a także lekarze i pielęgniarki, którzy się nimi opiekują, nie byli stygmatyzowani. Niektórzy mówią, że to jest zwykła umieralnia, że jak w szpitalu jest oddział medycyny paliatywnej, to tam trafiają wszystkie osoby, z którymi nie dają sobie rady inni lekarze. Oni po prostu wysyłają tych pacjentów: niech pani sobie idzie albo zawieziemy panią. Tam ona dostanie morfinę i będzie jej dobrze.

Myślę, że bardzo dobrze, że medycyna paliatywna jest wieloogniskowa, że są hospicja domowe, jest poradnia medycyny paliatywnej, że są oddziały i hospicja. Ale sądzę, że potrzebne jest uważniejsze pochylenie się nad poradnią medycyny paliatywnej oraz nad pobytem dziennym w medycynie paliatywnej.

Pani minister powiedziała o dziennych domach opieki medycznej. Bardzo dobrze, że one są, ale w dużej liczbie przypadków to nie jest miejsce dla pacjentów medycyny paliatywnej. Jeżeli oni wymagają już opieki niecałodziennej, to niestety mają inne zapotrzebowanie niż pacjenci, którzy kwalifikują się do dziennych domów opieki medycznej. Myślę, że warto by było o tym porozmawiać, żeby w NFZ chciano kontraktować pobyt dzienny w medycynie paliatywnej oraz żeby się zastanowić nad poradnią medycyny paliatywnej.

Być może kolejki do hospicjów wynikają z tego, że poradnie medycyny paliatywnej nie są dobrze finansowane i w związku z tym nie ma dużego zainteresowania nimi. Myślę, że w ramach organizowania tej medycyny powinny powstawać poradnie medycyny paliatywnej, które by świadczyły usługi pacjentom w okresie wstępnym, kiedy oni nie wymagają częstego pobytu w opiece lekarskiej, pielęgniarskiej czy jakiejkolwiek innej. Ponieważ nie ma tych poradni dużo i nie ma w nich wizyt, to pacjenci stoją w kolejce do hospicjów. Myślę, że często to oni też tworzą te kolejki, podczas gdy przeniesieni do poradni medycyny paliatywnej mogliby zwolnić miejsca. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Pozwolą państwo, że także ja udzielę sobie głosu, jeśli mogę. Szanowni państwo, chcę bardzo podziękować NIK za przedstawiony materiał, chcę serdecznie podziękować pani minister Szczurek-Żelazko za informacje MZ. Obszar, o którym dzisiaj rozmawiamy, jest wyjątkowo ważny i z całą pewnością wymaga jeszcze wielu konkretnych działań. Dziękuję więc państwu za głosy w dyskusji.

Ale wsłuchując się w niektóre opinie, trudno jest mi oprzeć się wrażeniu, jakoby teraz oto coś się mocno pogorszyło, aby zaczęło się teraz nagle bardzo źle dziać, że ustawiają się kolejki do hospicjów. Szanowni państwo, nic się nie dzieje bez przyczyny. Cieszę się bardzo, że MZ prowadzi szeroko zakrojone działania, przede wszystkim zwiększa finansowanie. Przyjęliśmy w poprzedniej kadencji jako Sejm projekt MZ zwiększający nakłady na ochronę zdrowia do 6% PKB do 2024 r. To właśnie MZ za rządów PiS zwiększyło o 50% limity przyjęć na studia medyczne. Dlatego mówię, że nic się nie dzieje bez przyczyny. Za rządów naszych poprzedników minister zdrowia zmniejszył w znaczący sposób limity przyjęć na studia medyczne. To dzisiaj niestety odbija nam się czkawką. Wprawdzie MZ od 2015 r. systematycznie zwiększa limity przyjęć na studia medyczne, ale trzeba wielu lat, aby wykształcić lekarzy, tym bardziej jeśli mówimy o wykształceniu lekarza specjalisty.

Bardzo się cieszę i dziękuję, że przedstawiła pani informacje dotyczące wzrostu liczby pielęgniarek, które uzyskały tytuł w dziedzinie pielęgniarstwa opieki paliatywnej. Sami państwo widzą w materiałach MZ, że na przestrzeni lat 2015–2019 mamy o 1448 pielęgniarek więcej w tym obszarze. To, co zastaliśmy 2014 r., to 648. Chcę przypomnieć tym z państwa, którzy może nie interesowali się tym tematem, że w ub.r. 100% pielęgniarek odebrało tytuł prawa wykonywania zwodu. To znaczy, że te pielęgniarki chcą pracować w zawodzie. To znaczy, że warunki, jakość pracy, jakość płacy na tyle się poprawiły, że one chcą pracować jako pielęgniarki. Tutaj też ukłon akurat w stronę pani minister, która prowadziła – pamiętam, bo pracowałam wówczas w Komisji Zdrowia – ustawę dotyczącą właśnie ustalenia najniższych wynagrodzeń w obszarze medycyny.

Bardzo wiele działań podjął rząd i podjęło ministerstwo w czasie rządów PiS, aby poprawić w ogóle ochronę zdrowia w Polsce. Tych zaniedbań jest bardzo dużo. Dużo zostało zrobione, ale jak widzimy, trzeba jeszcze konkretnych rozwiązań. Dlatego dobrze, że na ten temat rozmawiamy, dlatego dobrze, że państwo jako specjaliści w tym zakresie przedstawiają swoje konkretne propozycje, ale cieszą mnie też te propozycje MZ, o których dzisiaj mówiła pani minister. Są prowadzone konkretne rozmowy z ministerstwem rodziny na temat dziennych domów opieki medycznej. Tak, one są bardzo potrzebne. Chcemy też postawić na opiekę środowiskową. Ona jest bardzo istotna i w ogóle potrzebna, jeżeli chodzi o rozwiązywanie problemów seniorów.

A co się tyczy kwestii braku strategii. Przypomnę, mają to państwo też w raporcie na str. 18, że w 2012 r. zespół ekspertów postulował do ówczesnego ministra zdrowia, aby została opracowana strategia. Wówczas było to zalecenie Rady Europy. To nie zostało wtedy zrealizowane. Cieszę się, że powołano teraz pełnomocnika ds. opieki paliatywnej i hospicyjnej. Jestem przekonana, że Ministerstwo Zdrowia krok po kroku – niestety, to też wymaga czasu, nakładów, a te są czynione – podejmuje działania, stara się robić wszystko, aby poprawić sytuację pacjentów w obszarze opieki paliatywnej.

Czy ktoś z państwa jeszcze zabierze głos? Bardzo proszę, pan poseł Sławomir Zawiślak.

Poseł Sławomir Zawiślak (PiS):

Szanowni państwo, pani minister. Ja tylko dodam do wyczerpującej wypowiedzi pani przewodniczącej, z którą się oczywiście zgadzam, że rzeczywiście nasza współpraca, dialog są bardzo potrzebne. Temat opieki paliatywnej i hospicyjnej, w ogóle opieki nad seniorami, także poprzez działalność naszej Komisji wspierającej politykę rządu w tej ważnej kwestii, jest bardzo potrzebny. Chciałbym również zwrócić uwagę, że w materiałach dostarczonych przez NIK jest pismo sygnowane logiem prezesa NIK, pana Krzysztofa Kwiatkowskiego, podpisane przez jednego z wiceprezesów. W piśmie tym jest zamieszczone podziękowanie dla ministerstwa za to, że ten dialog zaistniał, że ministerstwo zwróciło uwagę na wskazówki NIK w zakresie weryfikacji zasad udzielania świadczeń w poradni medycyny paliatywnej czy różnic w dostępie do świadczeń. Jest wola ze strony ministerstwa, żeby rozwiązywać te problemy. Cieszę się, że było wystąpienie pana przewodniczącego, który też podnosił bardzo ważne kwestie.

Jak wiemy, temat jest trudny, ale z drugiej strony, tak jak zwróciłem uwagę, w zakresie tej niezależnej opinii prezesa NIK jest wola współpracy. I ja, dziękując pani minister za referat, oczywiście przedstawicielom NIK również, zachęcam, żebyśmy tę współpracę także kontynuowali w naszej Komisji. Celem jest oczywiście dobre wspieranie tych działań, które służą osobom starszym. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Poproszę o głos pana Jerzego Płókarza z Krajowego Sztabu Ratownictwa Medycznego.

Prezes Krajowego Sztabu Ratownictwa Społecznej Sieci Ratunkowej Jerzy Płókarz:

Pani przewodnicząca, szanowni państwo. Chciałbym poprzeć stanowisko pani przewodniczącej, że w porównaniu do tego, co było 8–10 lat temu, sytuacja znacznie się poprawiła. My jako organizacja społeczna, która pomaga na co dzień ludziom starszym, wyraźnie to zauważamy. Co istotne, znacznie lepsza jest jakość tej opieki w hospicjach czy w domach pomocy społecznej. Tutaj apel z zeszłej kadencji, pani minister, o zwrócenie uwagi na pseudoplacówki, których była masa, bo jacyś cwaniacy chcieli robić biznes na starszych ludziach, traktowali ich nieraz gorzej niż zwierzęta.

Króciutko. Pani minister, jedno tylko przypomnienie mojego postulatu, który zgłaszałem w zeszłej kadencji zarówno w zespole praw pacjentów, jak i w zespole organizacji służby zdrowia. Lekarza szkoli się i kształci bardzo, bardzo długo. Ale można z dnia na dzień niemal albo z miesiąca na miesiąc podnieść efektywność i zdolność tych lekarzy, którzy już są – wprowadzając asystenta lekarza. Będzie się on zajmował sprawami biurokracji, wpisywaniem do tabelek, do różnych komputerowych programów i czego tam jeszcze nie wymyślono, co może jest i potrzebne, usprawnia, pomaga, ale zabiera, jak mówią lekarze członkowie naszej organizacji, połowę, a nawet i trzy czwarte czasu. Narzekają na to zwłaszcza starsi lekarze, których jest jednak bardzo dużo, bo służba zdrowia często opiera się na emerytach, z uwagi na brak kadr. Czyli z miesiąca na miesiąc można wyszkolić asystenta, dzięki czemu lekarz trzykrotnie czy przynajmniej dwukrotnie więcej czasu poświęci na przyjmowanie pacjentów. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Pani dr Elżbieta Ostrowska, przewodnicząca zarządu głównego Polskiego Związku Emerytów, Rencistów i Inwalidów.

Przewodnicząca zarządu głównego PZERiI Elżbieta Ostrowska:

Dziękuję bardzo. Szanowna pani przewodnicząca, szanowna Komisjo, szanowni państwo. Nie jestem lekarzem, nie jestem specjalistą od spraw geriatrii czy opieki paliatywnej, ale jestem osobą starszą. W moim bliższym i dalszym otoczeniu obserwuję osoby starsze, które na pewnym etapie swojego życia wchodzą w okres przewlekłej, nieuleczalnej choroby, w okres terminalny, w okres niezbędnej opieki paliatywnej. Z tego punktu widzenia podzielę się kilkoma uwagami.

Przede wszystkim osób starszych i zapotrzebowania na opiekę paliatywną i hospicyjną będzie coraz więcej. To jest nie tylko kwestia demografii, o której mówiliśmy, ale paradoksalnie to jest również kwestia rozwoju i postępów medycyny. Mówiąc brutalnie,

osoby chore kilka, kilkanaście lat temu odchodziły wcześniej. W tej chwili medycyna pozwala im żyć dłużej. Jest kwestia, jaki będzie komfort tego życia, czy jesteśmy w stanie zapewnić im jakość życia w ostatnich tygodniach, miesiącach, a bywa, że i latach.

Druga uwaga, proszę państwa, jest taka, że z chorym pacjentem, wymagającym takiej opieki, chora jest również rodzina. Problem rodziny, problem opieki nad taką osobą to jest szalenie trudne zadanie. W opracowaniu i we wnioskach pojawia się postulat, podnoszony zresztą już od dawna, dotyczący potrzeby rozwoju opieki środowiskowej, deinstytucjonalizacji opieki paliatywnej. Tak, zgoda, pod warunkiem, że bliscy, którzy zapewniają taką opiekę swojemu choremu, będę mieli niezbędne wsparcie. Deinstytucjonalizacja nie może być hasłem, przepraszam, powiem brutalnie, do zrzeczenia się przez państwo, przez władze, przez samorządy obowiązku opieki nad osobami, którym rodzina i bliscy nie są w stanie zapewnić takiej opieki albo mogą to zrobić, tyle że przy określonym wsparciu.

I jeszcze jedna uwaga. Chorujemy i umieramy na bardzo różne choroby. Choroby nowotworowe przez lata były największym straszakiem i zbierały największe żniwo. W tej chwili są to również inne choroby i wydaje się, że rozszerzenie katalogu chorób uprawniających do korzystania czy umożliwiających korzystanie z opieki hospicyjnej jest absolutnie zasadne i nie wymaga chyba jakichś dużych badań. Nie jest to jakieś ogromne przedsięwzięcie, a mogłoby znacznie ułatwić wielu osobom, które mają inne dolegliwości, korzystanie z takiej opieki. Dziękuję bardzo, to wszystko.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję. Czy pani minister chciałaby jeszcze się do tego odnieść? Bardzo proszę.

Sekretarz stanu MZ Józefa Szczurek-Żelazko:

Bardzo serdecznie dziękuję za te pytania i uwagi. Na część z nich postaram się udzielić odpowiedzi, a państwa wypowiedzi, które miały charakter uwag, skrzętnie notujemy. Na pewno będziemy je uwzględniali przy projektowaniu nowych rozwiązań. Bardzo cenne są dla nas państwa spostrzeżenia, dlatego też dziękuję pani przewodniczącej, państwu za tę debatę. Ale może po kolei odniosę się do wypowiedzi, na początek państwa posłów.

Pan poseł Rutnicki – nie ma pana posła – akcentował kwestię niedofinansowania na tle szpitali powiatowych. Myślę, że to nie jest miejsce, aby na ten temat dyskutować, chociaż jest on bardzo ważny. Ale skoro temat został wywołany, to chciałabym przypomnieć, że w ciągu czterech lat zwiększyliśmy o ponad 30% nakłady na ochronę zdrowia z 74 mld zł do ponad 103 czy bodaj 104 mld zł obecnie. Te środki trafiły do szpitali, w tym również szpitali powiatowych. To jest duży wzrost, bo tak jak powiedziałam, w ciągu czterech lat wyniósł on 30% w stosunku do pozycji wyjściowej. W historii NFZ czy kas chorych nie było w tak krótkim terminie tak wyraźnego wzrostu finansowania świadczeń zdrowotnych.

Przechodzę do finansowania opieki paliatywno-hospicyjnej. Szanowni państwo, właśnie w tym okresie, który analizujemy, zwiększyliśmy finansowanie świadczeń w opiece hospicyjno-paliatywnej z 210 zł w 2016 r. do 342 zł. Pytał o to pan poseł Szczerba i mówił, że podajemy wskaźniki, które są jakby w innej rzeczywistości. To są fakty, proszę państwa. Zwiększyliśmy finansowanie zarówno ogólnie nakładów na ochronę zdrowia, jak i w tym obszarze, co zresztą państwo z NIK zauważyli: w roku 2016 było to 435 846 tys. zł, w tej chwili na rok 2020 mamy zaplanowaną kwotę 794 146 tys. zł. Wyraźny wzrost. To są cyfry, to są wskaźniki. Ja rozumiem, że może nie przyjmują państwo tego, ale podaję fakty. To samo dotyczy kadry lekarskiej, kadry pielęgniarskiej; konkretne, twarde wskaźniki, które świadczą o wyraźnej poprawie sytuacji w opiece paliatywno-hospicyjnej.

Jeszcze odnosząc się do wypowiedzi pana przewodniczącego Szczerby: wspomniał pan o tym dezyderacie. Oczywiście wiemy, o czym rozmawiamy. Mówi pan, że nie następuje zwiększenie liczby łóżek i nikt tego nie monitoruje. Chcę pana zapewnić z pełną odpowiedzialnością, że NFZ na bieżąco monitoruje sytuację, jeżeli chodzi o dostępność do świadczeń stacjonarnych w zakresie opieki paliatywno-hospicyjnej. Mamy rzeczywiście zróżnicowaną sytuację. Są województwa, gdzie jest mniejsza liczba łóżek, około 40, ale są też takie województwa, gdzie jest 120 łóżek. I minister zdrowia, i NFZ obserwują

te trendy, reagują. Podejmujemy działania wspierające samorządy tam, gdzie nie ma tych podmiotów, aby powstawały. Mówiłam o tej ofercie dla samorządów. W przypadku problemów, o których mówił pan poseł, szpitali powiatowych, to może warto jednak, aby przeprofilować część działalności tego typu szpitali właśnie na opiekę długoterminową czy opiekę paliatywno-hospicyjną. Bo jeżeli mają powstawać takie jednostki, to najbliżej miejsca zamieszkania, tak żeby rodzina miała jak najlepszy dostęp do pacjenta, gdy on jest hospitalizowany.

Było pytanie o nazwisko pełnomocnika. To jest pan prof. Maciej Niedźwiecki, pracownik Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Pan profesor został powołany na pełnomocnika i współpracuje z konsultantem krajowym w tym zakresie.

Kolejne pytanie pani poseł Ścigaj. Pani przewodnicząca, pytała pani o program chorób rzadkich. Oczywiście ten program już jest tworzony. Mam nadzieję, że niebawem będzie zakończony i zacznie obowiązywać w porządku prawnym. Jest to temat na kolejne spotkanie. Myślę, że nie będziemy tutaj odnosić się do tego typu tematów. O finansowaniu też wspomniałam, ponieważ pani poseł mówi, że podajemy wskaźniki, które mają się nijak do rzeczywistości. To są fakty. Zresztą pani poseł zawsze lubi się posługiwać faktami, więc ja też mówię o faktach, świadczących o tym, że sytuacja w opiece paliatywno-hospicyjnej się poprawia. Podejmujemy konkretne działania, żeby nadal ją poprawiać.

Pani poseł Kozłowska – dostęp do hospicjów, kwalifikacja pacjenta. Jeżeli chodzi o kwalifikacje, to są konkretne zapisy, które powinien brać pod uwagę dyrektor podmiotu, kierownik podmiotu leczniczego, który kwalifikuje pacjenta. Dziwi mnie sytuacja, o której mówiła pani poseł. Bardzo bym prosiła, żeby mi podać konkretnego świadczeniodawcę, bo to, o czym pani mówi, jest niezgodne z zapisami. A zapisy są jasne i klarowne. Skontrolujemy podmiot, jeżeli w taki sposób kwalifikuje pacjentów; mają być stosowane konkretne wskazania medyczne. Jeżeli była rozpoznana choroba nowotworowa w schyłkowym okresie, to jest to wskazanie jak najbardziej kwalifikujące pacjenta do tej formy opieki.

Pani profesor wiele cennych wskazówek… Zresztą współpracujemy z panią profesor i dziękuję za te uwagi. Oczywiście będziemy je brać pod uwagę i uwzględniać w naszych zmianach, które projektujemy. Jesteśmy w kontakcie i mam nadzieję, że nadal będziemy mogli wspólnie realizować zmiany dla dobra pacjentów, którzy tego wymagają.

Pani prezes – cenne uwagi na temat deinstytucjonalizacji. Myślę, że pani spostrzeżenie i pani spojrzenie na tę sprawę wynika z tego, że rzeczywiście nie mamy podmiotów czy form wspierania rodziny w środowisku domowym. Jest to taka luka, która powoduje, że powstaje lęk w rodzinie, również u pacjentów, jak sobie poradzą. Dlatego mówimy o deinstytucjonalizacji, ale kompleksowej, czyli stworzeniu takich warunków domowych, które pozwolą zabezpieczyć świadczenia, jakich pacjent potrzebuje w danym momencie. Chodzi o świadczenia medyczne, świadczenia socjalne. W tej chwili już jest możliwość opieki wytchnieniowej, bo NFZ to finansuje. Jeżeli więc rodzina chciałaby skorzystać i są wskazania, to kierownik podmiotu leczniczego decyduje o tym. Rozumiem to i przyjmuję jako sygnał w kierunku wzmocnienia opieki środowiskowej, ale kompleksowej, czyli z zakresu ochrony zdrowia, jak również wsparcia socjalnego.

To jest to, o czym rozmawialiśmy, że współpracujemy z ministerstwem rodziny, aby jednak nie oddzielać tego rodzaju świadczeń, bo to się nie da. Musimy wspólnie budować takie rozwiązania, które będą zapewniały kompleksową opiekę pacjentowi, rodzinie, uwzględniając jego potencjał i deficyty w zakresie opieki, uzupełniając je w sposób instytucjonalny z dwóch obszarów. To są te najważniejsze informacje, o których chciałam powiedzieć państwu.

Jeszcze biorąc pod uwagę wszystkie kwestie związane z możliwością pozyskania informacji o umieszczeniu pacjenta w ramach opieki paliatywno-hospicyjnej stacjonarnej, chciałam przypomnieć, że istnieje infolinia, o której mówimy już od dłuższego czasu. Pozwolę sobie podać numer: 800 190 590. To jest telefon dostępny całodobowo, siedem dni w tygodniu w NFZ, gdzie możemy uzyskać informacje na temat dostępności do świadczeń z różnych obszarów, nie tylko z opieki paliatywnej: 800 190 590. Na pewno pracujące tam osoby udzielą informacji, przekażą bądź wskażą, gdzie można zasięgnąć szczegółowych informacji. To jest też wyjście naprzeciw potrzebom pacjentów, żebyśmy

mogli im przekazać możliwości kontaktowania się z odpowiednim podmiotem leczniczym w sytuacji, gdy tego potrzebują.

Na zakończenie chciałabym bardzo serdecznie podziękować za dyskusję. Dziękuję też państwu, państwa uwagi są bardzo cenne i zawsze staramy się je wprowadzać. Oczywiście istnieją pewne ograniczenia, które są poza naszymi możliwościami. To jest kwestia finansowania tych świadczeń. Ale miejmy nadzieję, że wzrost nakładów na ochronę zdrowia również pozwoli nam poprawić sytuację w obszarze opieki paliatywno-hospicyjnej.

Kolejne ograniczenie, z którym spotkaliśmy się de facto cztery lata temu, to rażący brak kadr. Podjęliśmy konkretne działania. Ale w przypadku lekarzy poprawa, czyli efekt podjętych przez nas w latach 2016–2017 r. działań, pojawi się za 10 lat najwcześniej, czy nawet jeszcze później. Ale podejmujemy też inne działania, żeby zatrzymać w kraju tych, których już wykształciliśmy, czyli podwyższamy finansowanie, wynagrodzenia lekarzy, pielęgniarek, innych pracowników, ratowników medycznych. To już przynosi odpowiednie efekty, bo przede wszystkim została zatrzymana fala emigracji zarobkowej. W tej chwili naprawdę, proszę państwa, są różne przekazy na ten temat, ale chciałabym podkreślić z pełną odpowiedzialnością, że zlikwidowaliśmy zjawisko emigracji zarobkowej. Oczywiście każdy wybiera sobie własną drogę życiową, ścieżkę rozwoju zawodowego i to może być związane z realizowaniem się w innym kraju. Ale głównym powodem nie są już niskie zarobki w kraju. To jest też cenne i myślę, że to też zaowocuje niedługo poprawą jakości świadczeń.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję, pani minister, za odniesienie się do tych głosów. Ja także państwu serdecznie dziękuję za dyskusję nad tym jakże ważnym tematem. Jeszcze może, żeby uspokoić osoby zarzucające, że rząd zrzuca odpowiedzialność na samorządy, przypomnę, że ponad 20 mld złotych więcej z podatków CIT i PIT popłynęło do naszych samorządów i samorządy to odczuwają.

Dziękuję państwu za dyskusję. Teraz przejdziemy do kolejnego punktu – podjęcia uchwały w sprawie powołania stałych doradców Komisji. Tym z państwa, którzy nie są czynnie zaangażowani w ten punkt dzisiejszego posiedzenia, bardzo serdecznie podziękuję za udział w posiedzeniu. Ogłaszam dwie minuty przerwy. Oczywiście członków Komisji proszę o pozostanie, to jasne.

[Po przerwie]

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Szanowni państwo, bardzo proszę o zamknięcie drzwi. Tym z państwa, którzy nie będą uczestniczyli w posiedzeniu Komisji, jeszcze raz bardzo serdecznie dziękuję. Przechodzimy do procedowania trzeciego punktu dzisiejszego posiedzenia w porządku obrad – podjęcia uchwały w sprawie powołania stałych doradców Komisji.

Stosownie do § 6 ust. 1 i ust. 1a uchwały nr 28 prezydium Sejmu z 19 kwietnia 1995 r. prezydium Komisji wystąpiło 20 grudnia 2019 r. do prezydium Sejmu z prośbą o zatwierdzenie kandydatury pani prof. dr hab. n. med. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis oraz pani dr Alicji Kaczorowskiej na stałych doradców Komisji. Prezydium Sejmu na posiedzeniu 8 stycznia br. zatwierdziło obydwie kandydatury. Oczywiście obie panie są dzisiaj obecne: tak pani prof. Wieczorowska-Tobis, jaki i pani dr Alicja Kaczorowska. Czy państwo posłowie mają ewentualne pytania do naszych kandydatek, zaopiniowanych pozytywnie przez prezydium Sejmu? Nie widzę takich zgłoszeń. A zatem wnoszę do Wysokiej Komisji o podjęcie uchwały aprobującej obydwie kandydatury. Czy jest sprzeciw wobec kandydatur? Czy jest sprzeciw, panie pośle, wobec zgłoszonych kandydatur?

Głos z sali:

Nie ma.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Nie ma. Bo myślałam, że pan poseł się zgłaszał. Nie ma. W takim razie, szanowni państwo, stwierdzam, że Komisja powołała panią prof. Wieczorowską-Tobis oraz panią dr Alicję Kaczorowską na stałych doradców Komisji. Serdecznie paniom gratuluję,

zwłaszcza że praca w poprzedniej kadencji układała się z paniami bardzo dobrze. Dziękuję również członkom Wysokiej Komisji.

Szanowni państwo, czy są ewentualne pytania? Bardzo proszę, pan poseł Michał Szczerba.

Poseł Michał Szczerba (KO):

Pani przewodnicząca, jesteśmy we własnym gronie, z paniami doradcami – serdecznie paniom gratuluję.

Mam taką zachętę dla pani przewodniczącej, dla prezydium, żebyśmy bardziej energicznie zabiegali również o to, aby Komisja Polityki Senioralnej była włączana w procedowanie nad poszczególnymi projektami ustaw. Tak było np. w poprzedniej kadencji, kiedy z panią przewodniczącą zaangażowaliśmy się, żeby Komisja Polityki Senioralnej była jedną z dwóch Komisji zajmujących się programem bezpłatne leki 75+. Wtedy projekt, który dotyczył osób starszych, został skierowany do obu Komisji.

Mam wrażenie, że w tej chwili powstają ważne projekty dotyczące sytuacji dochodowej osób starszych i tego typu projekty powinny trafiać nie tylko do Komisji Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej, ale także do naszej Komisji. Dzisiaj również jest pierwsze czytanie obywatelskiego projektu ustawy – Emerytura bez podatku. Wydaje się, że właściwe by było, gdyby ten projekt również był przez naszą Komisję procedowany.

Powiem szczerze, dosyć celowo zostały tak sformułowane kompetencje naszej Komisji i jej zakres działania, żeby we wszystkich sprawach, które dotyczą osób starszych, polityki państwa wobec seniorów, Komisja mogła się włączać w te działania. Proszę więc o swoisty monitoring projektów, które są kierowane przez rząd, projektów obywatelskich, poselskich, abyśmy jako Komisja mogli również pracować nad tymi rozwiązaniami.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję panu przewodniczącemu za ten głos. Chcę pana przewodniczącego zapewnić, że są podejmowane takie działania i z całą pewnością, jeżeli projekt procedowany w Sejmie będzie dotyczył spraw związanych z szeroko pojętą polityką senioralną, na pewno znajdzie się w naszej Komisji .

A przy okazji chciałam zapytać, panie pośle, skoro pan poseł wywołał ten temat – nie śledziłam akurat wówczas pracy Komisji, bo nie byłam wtedy posłem – czy gdy Platforma Obywatelska wspólnie z PSL podnosiły wiek emerytalny Polaków, czy wówczas też Komisja Polityki Senioralnej opiniowała ten projekt?

Poseł Michał Szczerba (KO):

Nie, pani przewodnicząca, z tego prostego powodu, że wtedy nie było jeszcze Komisji Polityki Senioralnej. Dziękuję bardzo.

Przewodnicząca poseł Joanna Borowiak (PiS):

Bardzo dziękuję.

Czy ktoś z państwa ma jeszcze pytania? Jeśli nie, to bardzo serdecznie dziękuję. Zamykam posiedzenie Komisji.